

ARTÍCULO DE INVESTIGACIÓN

Relación entre perfiles de inteligencia emocional y bienestar psicológico en personas con lesión medular



Raquel Suriá Martínez

Departamento de Comunicación y Psicología Social, Universidad de Alicante, San Vicente del Raspeig, Alicante, España

Recibido el 18 de octubre de 2016; aceptado el 2 de mayo de 2017

Disponible en Internet el 12 de junio de 2017

PALABRAS CLAVE

Inteligencia emocional;
Bienestar subjetivo;
Discapacidad sobrevenida;
Programas de intervención

Resumen

Objetivo: El presente estudio examina la existencia de diferentes perfiles de inteligencia emocional (IE) en un grupo de personas con lesión medular por un accidente de tráfico. A su vez, se comprueba si existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos obtenidos respecto a las dimensiones que conforman el bienestar psicológico (BP).

Método: Se administró la *Trait Meta-Mood Scale-24* (TMMS-24) y la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff, a una muestra de 94 personas con lesión medular por accidentes de tráfico. El rango de edad fue de 21 a 55 años ($M = 38,68$; $DT = 7,36$).

Resultados: El análisis de conglomerados identificó 3 perfiles diferenciados de IE: un grupo con un perfil de alta IE, un grupo con predominio de elevada claridad y reparación emocional y baja atención emocional, y un último grupo de personas con baja IE. Finalmente, los resultados revelaron diferencias estadísticamente significativas en IE entre los perfiles obtenidos con respecto a las dimensiones de BP. Los participantes de los grupos con alta IE general y alta puntuación en claridad y reparación emocional revelaron mayores puntuaciones en las diferentes dimensiones de BP.

Conclusión: Esto sugiere la importancia de diseñar programas que desarrollen las habilidades que componen la IE, ya que este patrón lleva a un BP más elevado entre las personas con lesión medular.

© 2017 Universitat de Barcelona. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Correo electrónico: raquel.suria@ua.es

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpsic.2017.05.001>

0066-5126/© 2017 Universitat de Barcelona. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Emotional intelligence;
Well-Being;
Acquired disability;
Intervention programs

Relationship between emotional intelligence profiles and psychological wellbeing of people with spinal cord injury

Abstract

Objective: The present study is aimed to analyze different emotional intelligence (EI) profiles in a group of people with spinal cord injury by traffic accidents. At the same time, significant differences in psychological well-being among profiles previously identified are also analyzed. **Method:** Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24) and the Psychological Well-Being Scale of Ryff [Escala de Bienestar Psicológico de Ryff] were administered to 94 people with spinal cord injury by traffic accidents, aged from 21 to 55 years ($M = 38.68$; $SD = 7.36$).

Results: Cluster analyses allowed identifying three different EI profiles: a group of students with low EI profile, a group with predominance of high emotional clarity and emotional regulation and low emotional attention, and finally, a group of young people with high IE. Also, results revealed significant statistical differences in most domains of well-being among profiles. The people in groups with high overall scores in EI and clarity and repair emotional obtained higher scores on the different profiles of psychological well-being.

Conclusion: Results suggest the need of going in depth on EI knowledge and design psychological well-being programs for people with spinal cord injury.

© 2017 Universitat de Barcelona. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En los últimos años, la esperanza de vida en las personas afectadas por una lesión medular ha mejorado, gracias, en gran parte, a los avances médicos y tecnológicos de los últimos tiempos. Como resultado, este colectivo se enfrenta día a día a los diversos cambios propios de la situación y a afrontar experiencias de pérdidas y amenazas a su calidad de vida y a su bienestar psicológico (BP) (Gómez, Verdugo y Arias, 2010; Hicks et al., 2003; Suriá, 2015).

En este sentido, la OMS (2001) afirma que la salud incluye necesariamente el BP, junto con el físico y social, y define la salud mental como un estado de bienestar en el que se es consciente de las propias capacidades, se es capaz de afrontar las tensiones normales de la vida, se puede trabajar de forma productiva y fructífera y se es capaz de contribuir a la propia comunidad. Esta definición incluye como elemento principal, por tanto, el BP.

Así, el BP es un concepto amplio que incluye dimensiones sociales, subjetivas y psicológicas y está conformado por 2 facetas básicas: una centrada en los aspectos afectivos-emocionales (referida a los estados de ánimo del sujeto) y otra centrada en los aspectos cognitivos-valorativos (referido a la evaluación de satisfacción que hace el sujeto de su propia vida) (Antonovsky, 1979; Garaigordobil, Aliri y Fontaneda, 2009; Ryff, 2013).

De esta forma, el BP podría definirse como aquel constructo relacionado con cómo la gente lucha en su día a día afrontando los retos que se van encontrando en sus vidas, ideando modos de manejarlos, aprendiendo de ellos y profundizando en su sensación de sentido de la vida.

En el estudio del BP en las personas con lesión medular, este constructo, además de estar influido por variables tanto sociodemográficas (e.g., sexo o edad) como del contexto (familiar, social, etc.), se va a ver afectado por características propias de la discapacidad (e.g., severidad, etapa

en la que sobreviene la lesión), así como por otros factores de personalidad del individuo (Gómez et al., 2010; Suriá, 2013).

En relación con el desarrollo del BP, una de las variables personales poco estudiadas pero que está cobrando especial interés en el afrontamiento y superación exitosa de los sucesos traumáticos y complejos es la inteligencia emocional (IE) (Antonio-Agirre, Izaguirre, Echániz y Maya, 2015; Extremera, Salguero y Fernández-Berrocal, 2011; Ferragut y Fierro, 2012; Palomera, Salguero y Ruiz-Aranda, 2012).

El término IE fue acuñado por Salovey y Mayer (1990) quienes la definieron como la habilidad para: (a) percibir, valorar y expresar las emociones con exactitud; (b) acceder y generar sentimientos que faciliten el pensamiento; (c) entender las emociones y el conocimiento emocional; y finalmente (d) regular las emociones y promover el crecimiento emocional e intelectual. De esta forma, la evidencia empírica ha puesto de manifiesto que la IE se relaciona positivamente con el buen funcionamiento del individuo en diferentes ámbitos (Buenrostro et al., 2012; Ferrando et al., 2011; Martins, Ramalho y Morin, 2010). Por ejemplo, diversos autores enfatizan sobre la relación entre la IE, medida esta a través del *Trait Meta-Mood Scale* (TMMS), y el ajuste psicológico (Martins et al., 2010; Salguero, Palomera y Fernández-Berrocal, 2012), estableciéndose en todas ellas que las personas con menor IE se caracterizan por experimentar estados psicológicos de naturaleza negativa como la sintomatología depresiva (Salguero, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda, Castillo y Palomera, 2011) y el malestar personal (Extremera et al., 2011), mientras que los individuos que muestran más niveles de IE están caracterizados por mayores puntuaciones en constructos relacionados con el ajuste psicológico. Sin embargo, al tener en consideración las diferentes habilidades que conforman el constructo IE, estas relaciones se tornan más complejas, reflejándose que no todas ellas cobran la misma relevancia. Así, si bien se

han constatado relaciones negativas entre la habilidad de regulación y depresión, irritabilidad y problemas de pensamiento, esta relación resulta positiva respecto a la habilidad de atención, tanto en población adulta (Fernández-Berrocal, Extremera y Ramos, 2004; Salovey, Mayer, Goldman, Turvey y Palfai, 1995) como en población adolescente (Salguero et al., 2011; Salguero et al., 2012).

Este hecho pone de manifiesto que no todas las habilidades que componen la IE actúan de la misma forma en el bienestar del individuo, lo cual hace pensar que existen patrones diferenciales en IE, que se deben tener en consideración al analizar la relación de la IE con otras variables. Esto queda reflejado tanto en población adolescente (Salguero et al., 2012) como en población adulta (Salovey et al., 1995).

Así, por ejemplo, se ha relacionado la IE con diferentes constructos como el rendimiento académico (Burgos y Urquijo, 2012), el autoconcepto (Echevarría y López-Zafra, 2011), la empatía (Gorostiaga, Balluerka y Soroa, 2014) o el BP (Garaigordobil et al., 2009; Fredrickson et al., 2015).

Si se atiende a la bibliografía publicada sobre el BP y su relación con la IE en personas con lesión medular, en la actualidad no se han encontrado trabajos previos que analicen en profundidad esta relación. Centrándonos en la IE, son inexistentes los estudios enfocados a analizar la existencia de combinaciones de los componentes de IE (atención, claridad y regulación emocional), que den lugar a diferentes perfiles de este constructo entre este colectivo. Finalmente, desde este trabajo se desconocen estudios publicados sobre diferencias en BP entre distintos perfiles de IE en lesionados medulares, que tengan en cuenta, no solo al BP general, sino también a las dimensiones que conforman el BP (e.g., autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal).

A partir de estas consideraciones, en el presente estudio se plantean 3 objetivos. En primer lugar, conocer si entre los participantes existen combinaciones de diferentes dimensiones de IE que den lugar a diferentes perfiles, los cuales podrían definirse en función del peso que tengan cada una de las dimensiones dentro de cada perfil de IE.

El segundo objetivo analiza la relación existente entre los perfiles analizados y las posibles variables sociodemográficas de los participantes. Este segundo objetivo permitiría profundizar en la conformación de la IE a la vez que serviría para dar validez a los perfiles obtenidos.

Por último, una vez hallados y definidos los perfiles de IE, se comprueba si existen diferencias estadísticamente significativas entre los perfiles de IE definidos y las diferentes puntuaciones en BP. Este objetivo del estudio constituiría, en cierto sentido, la validación criterial de los perfiles encontrados y su utilidad a la hora de diseñar programas de entrenamiento que fomenten la IE y el BP de las personas con lesión medular.

Método

Participantes

La muestra está conformada por personas con lesión medular, miembros de la asociación de ASPAYM (Asociación de Paraplégicos y Personas con Gran Discapacidad Física) de Alicante, por tanto, se trata de un estudio de casos transversal.

Tabla 1 Perfil sociodemográfico de la muestra de estudio

Variables	Categorías	n	%
Sexo	Varón	44	46,8
	Mujer	50	53,2
Edad	21-30	16	17,0
	31-40	34	36,2
	41-50	16	17,0
	> 50	28	29,8
Antigüedad de la lesión	< 1 año	23	24,5
	De 1 a 5 años	30	31,9
	De 6 a 10 años	24	25,5
Nivel de severidad neurológica	> 10 años	17	18,1
	Paraplejía	51	54,3
	Tetraplejía	43	45,7
	Total	94	100,0

La población elegible estuvo constituida inicialmente por los 142 socios mayores de 18 años con lesión medular causada por un accidente de tráfico que acudían a alguna de las reuniones convocadas por la asociación en Alicante. De ellos, 94 socios accedieron a participar. De esta muestra, un 46,8% fueron mujeres y un 53,2% varones, con edades comprendidas entre los 21 y los 55 años ($M = 38,68$; $DT = 7,36$). La **tabla 1** presenta la distribución de la muestra por sexo, edad, antigüedad de la lesión medular y grado de severidad neurológica.

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico ad hoc para la recogida de los datos sociodemográficos: sexo, edad, nivel de funcionalidad y antigüedad de la lesión.

Escala de BP de Ryff (1989), adaptada al español por Díaz et al. (2006). Esta versión consta de 29 ítems y aborda 6 dimensiones o atributos positivos del BP: autoaceptación, relaciones positivas con los demás, autonomía, dominio del entorno, propósito en la vida y crecimiento personal. El instrumento posee una escala de respuesta tipo Likert que va del 1 al 6 (1 = fuertemente en desacuerdo; 6 = fuertemente de acuerdo). Las puntuaciones más altas son indicadores de mayor BP, encontrándose el rango de puntuación entre 29 y 174 puntos. Los valores mayores de 116 indicarían un elevado nivel de BP; entre 58-115, un BP moderado; y valores menores de 58, escaso BP.

Con respecto a las propiedades psicométricas, la versión de Díaz et al. (2006) posee un índice de fiabilidad adecuado ($\alpha = 0,75$). En cuanto a la validez, el análisis factorial muestra una varianza explicada del 87%. Las propiedades psicométricas del presente trabajo indican una consistencia interna elevada ($\alpha = 0,92$). Asimismo, a través del análisis factorial se ha obtenido la misma estructura, es decir, 6 dimensiones que alcanzaron a explicar el 73,20% de la varianza en los ítems que componen el cuestionario.

Trait Meta-Mood Scale-24 (TMMS-24; Fernández-Berrocal et al., 2004). Este instrumento supone la adaptación española del TMMS-48 elaborado por Salovey et al. (1995). La adaptación española consta de 24 ítems a los que se contesta a través de una escala Likert de 5 puntos (1 = nada de acuerdo; 5 = totalmente de acuerdo). Los

ítems se distribuyen en 3 escalas: Atención emocional, Claridad emocional y Reparación emocional. La escala está compuesta por 3 dimensiones de 8 ítems cada una: atención a los propios sentimientos, claridad emocional y reparación de las emociones. La atención emocional se define como la capacidad para percibir y expresar los sentimientos de forma adecuada; la claridad de sentimientos sería la claridad de los estados emocionales, y la reparación emocional representaría la capacidad de regular los estados emocionales correctamente. El criterio de rangos de IE entre los participantes fue establecido en 3 niveles en función de las puntuaciones mínima (24) y máxima (124). Los valores entre 92 y 124 indicarían un elevado nivel de IE; entre 58-91, IE moderada; y valores entre 24 y 57, escasa IE.

La versión original de la escala está validada mediante el análisis factorial exploratorio en muestra española (Fernández-Berrocal et al., 2004). Los 3 factores correlacionan de forma apropiada y en la dirección esperada con variables criterios clásicas tales como depresión, ansiedad, rumiación y satisfacción vital. Asimismo, presenta un índice de consistencia interna adecuado ($\alpha = 0,81$). En el presente estudio, el análisis factorial exploratorio arrojó 3 factores que alcanzaron a explicar entre el 59% de variabilidad. Asimismo, la fiabilidad calculada a través del índice de Cronbach mostró ser elevada ($\alpha = 0,80$).

Procedimiento

Para recoger los datos se aplicaron las escalas a la muestra de participantes. Esto se llevó a cabo tras asistir a las reuniones presenciales en las que la investigadora, vinculada a la asociación, explicó el objetivo del estudio y les propuso su participación. El criterio de inclusión para el estudio fue recopilar la información de las personas que hubieran tenido una lesión medular sobrevenida por un accidente de tráfico y que fueran mayores de 18 años. Por tanto, se eliminaron los cuestionarios de los participantes con una lesión medular adquirida en el nacimiento. Los cuestionarios utilizados para recabar la información se administraron presencialmente en las reuniones, tras otorgar los participantes su consentimiento por escrito. La aplicación del cuestionario se adaptó a las condiciones de cada participante. El tiempo estimado de aplicación fue aproximadamente de 20 min. La recogida de datos se llevó a cabo entre enero y diciembre del 2015.

Se ha cumplido con la normativa del comité de ética de la universidad de referencia y los principios éticos de la Declaración de Helsinki (octubre, 2000) para las investigaciones con seres humanos. Asimismo, se ha garantizado la confidencialidad de la información mediante la codificación de los expedientes.

Análisis estadístico

Para identificar los perfiles de IE se utilizó el método de análisis clúster en 2 etapas (*2-step cluster analysis*), el cual es una herramienta exploratoria diseñada para determinar automáticamente el número óptimo de clústeres y lograr la máxima homogeneidad en cada grupo y las mayores diferencias entre ellos. Los perfiles se han definido a partir de las diferentes combinaciones de las 3 dimensiones de IE

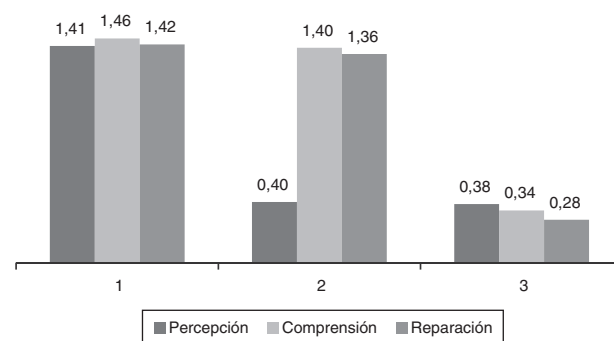


Figura 1 Representación gráfica del modelo de 3 clústeres. Clúster 1: altas puntuaciones en IE; Clúster 2: altas puntuaciones en comprensión y regulación; Clúster 3: bajas puntuaciones en IE.

que evalúa la Escala TMMS-24 de Fernández-Berrocal et al. (2004): atención, claridad y reparación emocional.

Para examinar si existen diferencias en las puntuaciones de IE en función del sexo y nivel de severidad neurológica se utilizó la prueba Chi-cuadrado (χ^2). Para conocer si en la IE influye la edad y la antigüedad de la lesión medular se utilizaron análisis de varianza.

Del mismo modo, para analizar la significación estadística de las diferencias existentes entre los grupos en los factores de BP, se realizaron análisis de varianza en los clústeres obtenidos. Finalmente, las pruebas post hoc para identificar entre qué grupos se encontraban las diferencias se realizaron mediante el método de Scheffé, al no estar cada grupo compuesto por el mismo número de participantes. Para analizar la magnitud del efecto de estas diferencias, se atendió al índice directo de η^2 (η^2). Asimismo, se calculó el tamaño del efecto a través del índice de Cohen (1988) para calcular la magnitud de las diferencias observadas. Los datos se analizaron por medio del paquete estadístico SPSS versión 19.0.

Resultados

Identificación de perfiles de inteligencia emocional

El método clúster determinó 3 agrupaciones de las dimensiones de IE (fig. 1). De esta forma, la IE quedó integrada por un grupo formado por 46 (48,94%) participantes con altas habilidades en las 3 dimensiones de IE (Grupo 1), un grupo con predominio de habilidades de claridad y recuperación emocional (Grupo 2) formado por 29 participantes (30,85%), y un tercer grupo de participantes con predominio de bajas puntuaciones en las habilidades de IE (Grupo 3), conformado por 19 (20,21%) participantes.

Inteligencia emocional en función de variables sociodemográficas

Con respecto a la IE en función de las variables sociodemográficas, el ANOVA indicó diferencias estadísticamente significativas según la edad ($F_{(3,90)} = 3,07$, $p = 0,021$), destacando el grupo de más de 45 años ($M = 87,55$, $DT = 9,54$) y el grupo de entre 36 y 45 años ($M = 88,32$, $DT = 8,99$) al

Tabla 2 Frecuencias y porcentajes de los perfiles de IE en función del sexo y nivel de gravedad neurológica

	Grupo 1 Alta IE		Grupo 2. Alta Regul. Alta Comp. Baja Percep.		Grupo 3 Baja IE		Total		Sig. estadística χ^2 (p)
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									
Mujer	23	52,3	14	31,8	7	15,9	44	100	0,971
Varón	23	46,0	15	30,0	12	24,0	50	100	(0,144)
Nivel severidad neurológica									
Tetraplejía	32	62,7	9	17,6	10	19,6	51	100	10,66
Paraplejía	14	32,6	20	46,5	9	20,9	43	100	(0,126)
Total	46	48,9	29	30,9	19	20,2	94	100	

Tabla 3 Medias y desviaciones típicas obtenidas por los 3 grupos y valores de η^2 (η^2) para cada dimensión de los factores de BP

Factores	Grupo 1 Alta IE		Grupo 2 Alta Regul. Alta Comp. Baja Percep.		Grupo 3 Baja IE		Sig. estadística		
	M	DT	M	DT	M	DT	$F_{(3,90)}$	p	η^2
Factor 1 Autoaceptación	3,55	2,21	3,28	2,05	1,76	0,59	8,50	0,000	0,20
Factor 2 Relaciones positivas	3,83	2,13	3,31	2,01	1,81	0,84	10,16	0,000	0,19
Factor 3 Autonomía	2,52	1,03	2,50	1,25	2,02	1,11	2,62	0,124	0,04
Factor 4 Dominio del entorno	3,73	1,17	2,81	1,55	1,82	0,69	7,21	0,000	0,9
Factor 5 Propósito en la vida	3,72	1,60	3,65	2,13	2,91	1,03	4,39	0,026	0,15
Factor 6 Crecimiento personal	3,63	1,65	3,33	2,06	1,98	0,78	5,21	0,012	0,16
Total Escala total	3,42	1,56	3,26	1,87	2,19	0,82	4,08	0,000	0,29

compararlos con las puntuaciones medias de los grupos de 26 y 35 ($M=56,87$, $DT=10,06$) y de menos de 25 años ($M=55,44$, $DT=9,26$). Asimismo, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la IE en función del nivel de severidad neurológica ($F_{(3,90)}=4,41$, $p=0,034$), encontrándose que el grupo con más años de antigüedad de lesión ($M=86,87$, $DT=11,03$), el grupo de 6 a 10 años ($M=87,34$, $DT=9,77$) y el grupo de 1 a 5 años ($M=87,09$, $DT=10,02$) indicaron mayor nivel de IE que el grupo de menos de un año de antigüedad ($M=55,46$, $DT=12,07$) (tabla 2).

Diferencias intergrupo de los perfiles de inteligencia emocional en bienestar psicológico

Al atender a las puntuaciones medias de la escala global de BP (tabla 3), se observaron diferencias estadísticamente significativas en los 3 clústeres ($F_{(3,90)}=4,08$, $p<0,001$, $\eta^2=0,29$), encontrándose, tras analizar las pruebas intergrupos entre los clústeres, que el Grupo 1 indica medias superiores al compararlo con el Grupo 3 ($d=0,98$) y el Grupo 2 con el Grupo 3 ($d=0,25$).

Al examinar los ANOVA en las dimensiones o factores en los que las diferencias son estadísticamente significativas se observó que, en el factor 1, *autoaceptación*, existen diferencias significativas entre los Grupos 1 y 2 al compararlos con el Grupo 3 [$F_{(3,90)}=850$, $p<0,001$, $\eta^2=0,20$], siendo el tamaño del efecto elevado en el análisis post hoc entre el Grupo 1 y el Grupo 3 ($d=0,84$) y moderado entre la comparación del Grupo 2 con el Grupo 3 ($d=0,69$).

En lo relativo al factor 2, *relaciones positivas*, los análisis indicaron diferencias estadísticamente significativas entre los 3 clústeres [$F_{(3,90)}=10,16$, $p<0,001$, $\eta^2=0,19$], indicando las puntuaciones medias la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el Grupo 1 y el Grupo 2 ($d=0,33$) y entre el Grupo 1 y el Grupo 3 ($d=0,89$). Asimismo, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el Grupo 2 y el Grupo 3 ($d=0,62$).

Con respecto al factor 4, *dominio del entorno*, los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos [$F_{(3,90)}=7,21$, $p<0,001$, $\eta^2=0,9$], observándose que el Grupo 1 difiere del Grupo 3 ($d=0,72$) y el Grupo 2 del Grupo 3 ($d=0,70$). Igualmente, en el factor 5, *propósito de la vida*, el Grupo 1 difiere del Grupo 3 ($d=0,48$) y el Grupo 2 del Grupo 3 ($d=0,42$) [$F_{(3,90)}=4,39$, $p<0,05$, $\eta^2=0,15$].

Finalmente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al factor 6, *crecimiento personal*, [$F_{(3,90)}=5,21$, $p<0,05$, $\eta^2=0,16$], mostrando el Grupo 1 puntuaciones medias más elevadas al compararlo con el Grupo 3 ($d=0,57$). Eso mismo se observó entre el Grupo 2 al compararlo con el Grupo 3 ($d=0,43$).

Discusión

En relación con el primer objetivo, identificar si entre los participantes existen combinaciones de diferentes dimensiones de IE que den lugar a diferentes perfiles, el análisis de conglomerados identificó 3 perfiles distintos: un

grupo con un perfil de altas puntuaciones en los 3 componentes de IE (Grupo 1), un segundo grupo con puntuaciones bajas en atención y altas en claridad y recuperación emocional (Grupo 2) y, por último, un grupo con puntuaciones bajas en las 3 dimensiones de IE (Grupo 3). Estos perfiles permitirían justificar los resultados obtenidos en investigaciones previas. Así, aquellos estudios en los que se ha vinculado positivamente la alta IE con variables de tipo social y personal (Martins et al., 2010; Pena y Repetto, 2008) podrían estar vinculados con el perfil de altas puntuaciones en las 3 dimensiones (Grupo 1). En línea con otros autores (Salovey y Mayer, 1990), las 3 dimensiones de IE serían necesarias; así, una persona no puede comprender (comprensión) las emociones si primero no las atiende (atención), y esto le conduciría a no poder recuperarse de estados anímicos negativos (recuperación). Asimismo, los trabajos que destacan la relación diferencial existente entre las dimensiones de la IE y diferentes variables relacionadas con el ajuste interpersonal (e.g., depresión) (Buenrostro et al., 2012; Fernández-Berrocal, Salovey, Vera, Extremera y Ramos, 2005; Extremera y Fernández-Berrocal, 2003) respaldarían el perfil en el que destacan puntuaciones altas en claridad y recuperación y bajas en atención (Grupo 2). Finalmente, la bibliografía sobre el tema indica que bajas puntuaciones en las 3 dimensiones de IE estarían relacionadas con déficits en el bienestar y ajuste psicológico, así como una mayor aparición de conductas disruptivas (Extremera y Fernández-Berrocal, 2003; Ferrando et al., 2011; Martins et al., 2010; Salguero et al., 2012); esto apuntaría la existencia de un perfil de baja IE (Grupo 3).

Asimismo, los resultados relativos al segundo objetivo, analizar la relación existente entre los perfiles analizados y posibles variables sociodemográficas, estos reflejan que la IE se ve influenciada por la edad, observándose que las puntuaciones más elevadas se reflejan en los participantes más mayores. Estos resultados quedan respaldados al examinar la IE según la antigüedad de la lesión, observándose en los resultados que los grupos de más antigüedad de la lesión puntúan más en IE. Esto sugiere que la IE no es estática y puede evolucionar con el tiempo. Estos resultados van en línea con los hallados por otros autores (Bernarás, Garaigordobil y de las Cuevas, 2011; Ferragut y Fierro, 2012; Palomera et al., 2012; Navarro, Latorre y Ros, 2009), que evidencian que se produce un aumento de la IE a medida que va aumentando la edad.

Con respecto al tercer objetivo, averiguar si existen diferencias estadísticamente significativas entre los perfiles de IE definidos y las diferentes puntuaciones en BP, las puntuaciones medias de los clústeres hallados revelan diferencias estadísticamente significativas en la mayoría de factores de BP. Estos datos ofrecen consistencia a la validez de la existencia de diferentes perfiles de IE y ayudan a profundizar en la relación entre IE y BP.

Al observar las puntuaciones medias de cada factor de BP, se refleja que resaltan especialmente los grupos en los que las dimensiones de IE relativas a la claridad y recuperación emocional son elevadas, esto es en el Grupo 1 y en el Grupo 2. Esta idea queda reforzada al examinar el tamaño del efecto, el cual indica que en la mayoría de factores del BP (e.g., *autoaceptación*, *relaciones positivas* o *crecimiento personal*), la magnitud de estas diferencias es elevada con

respecto al grupo de bajas puntuaciones en estas dimensiones (Grupo 3).

Por ejemplo, si se atiende al factor 1, referente a *autoaceptación*, se observa que el grupo con elevada IE (Grupo 1) destaca con puntuaciones medias superiores al resto de grupos. Por tanto, es posible que la alta IE, al implicar una mejor gestión de las emociones, contribuya a tener una mejor visión sobre uno mismo (Alzina y Pérez-Escoda, 2012; Schutte, Malouff, Simunek, Hollander y McKenley, 2002).

Esto estaría en concordancia con otros estudios que señalan que el BP y, en general, la calidad de vida en las personas con lesión medular con un elevado nivel de aceptación de uno mismo (Saavedra Guajardo y Villalta Páucar, 2008; Suriá, 2015; Suriá, García-Fernández y Ortigosa, 2015).

Con respecto al siguiente factor, *relaciones positivas*, los resultados del estudio reflejan que los participantes que presentan puntuaciones más altas en este factor conforman los perfiles de IE en los que destaca el componente de claridad y recuperación emocional (Grupos 1 y 2). Estos datos son congruentes con los presentados por Guerra-Bustamante, Guerrero-Barona y León del Barco (2010), quienes obtuvieron, en una muestra de jóvenes, asociaciones entre claridad y recuperación de las emociones con un mayor repertorio de competencias afectivas y de relaciones más positivas. En esta dirección, estudios previos vinculan el BP con las relaciones interpersonales positivas (Gross y John, 2003) y con el funcionamiento social (Burgos y Urquijo, 2012). En relación con los resultados relativos a los factores *dominio del entorno* y *propósito en la vida* (factores 4 y 5 respectivamente), los resultados reflejan la misma dirección, puntuaciones altas en estas dimensiones requieren elevados índices medios en claridad y recuperación (Grupo 1 y Grupo 2). En referencia a estos resultados, Fernández-Berrocal et al. (2004) sostienen que las personas con IE destacan por tener un alto dominio emocional, perseverancia, disciplina y motivación. Estas características explicarían la relación entre la IE, especialmente la relación entre claridad y reparación emocional y las dimensiones de BP de dominio y propósito en la vida. En este sentido, el desarrollo intelectual implica la habilidad de emplear y regular emociones para facilitar el pensamiento y rendir en condiciones de estrés (Páez, Fernández, Campos, Zubieta y Casullo, 2006; Valle, Rodríguez, Cabanach, Núñez y González-Pianda, 2007).

Con respecto al factor relacionado con el *crecimiento personal* (factor 6), los participantes muestran puntuaciones elevadas si presentan perfiles con elevadas puntuaciones en las habilidades de claridad y de recuperación de la IE, es decir, Grupos 1 y 2. Esto respaldaría nuevamente la idea de que las habilidades de comprender (claridad) y regular (recuperación) las emociones forman un componente necesario en el desarrollo, el crecimiento y la autoestima personales (Alali y Fatema, 2009; García, Gracia y Zeleznova, 2013; Lacunza y de González, 2011).

Finalmente, en los resultados, no parece que guarden relación los diferentes perfiles de IE en el factor de *autonomía*. Posiblemente, esto se explica por las características de la población de estudio. Así, es probable que las personas con lesión medular tengan asimiladas las limitaciones derivadas de su discapacidad y falta de autonomía, y esto no afecte al nivel de su bienestar general.

A partir de los resultados obtenidos, se deduce que la IE guarda relación con características que conforman el BP. Esto sugiere la importancia de seguir profundizando en esta asociación puesto que, con ello, se va a favorecer una adaptación e integración exitosa al medio.

No obstante, hay que mencionar algunas limitaciones de este trabajo. La principal dificultad reside en la metodología, cabe destacar que el número de participantes es muy reducido. A su vez, la selección de los participantes ha sido intencional, lo que en sentido estricto impide hablar de «muestra». Asimismo, los participantes de este estudio se ofrecieron voluntariamente para cumplimentar los cuestionarios, por lo que estos podrían tener diferentes motivaciones para participar. No obstante, a pesar de la complejidad de salvar esta limitación, por la dificultad de acceder a una muestra más elevada, los resultados resultan interesantes, pues sugieren que, si bien la IE se relaciona con un mejor ajuste de las personas con lesión medular a su desarrollo interpersonal y social, no todas las dimensiones de la IE contribuyen de igual forma a este ajuste. De esta forma, un abordaje que involucre el desarrollo de unas adecuadas competencias emocionales puede ayudar al funcionamiento del individuo, a sus relaciones interpersonales y, en general, a su integración en el entorno; y, por tanto, podría resultar relevante su inclusión en el diseño y aplicación de programas dirigidos a incrementar el BP de los afectados de lesión medular.

Bibliografía

- Alali, M. y Fatema, B. (2009). Intuition in relation to creative motivation, emotional intelligence, and achievement motivation among secondary school adolescents. *Indian Journal of Social Science Researches*, 6, 118–127.
- Alzina, R. y Pérez-Escoda, N. (2012). Las competencias emocionales. *Educación XX1*, 10, 61–82.
- Antonio-Agirre, I., Izaguirre, L. A., Echániz, I. E. y Maya, M. S. (2015). Capacidad predictiva del autoconcepto y la inteligencia emocional en el ajuste escolar autopercebido. *Bordón. Revista de Pedagogía*, 67(4), 9–25.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco, USA: Jossey-Bass.
- Bernarás, E., Garaigordobil, M. y de las Cuevas, C. (2011). Inteligencia emocional y rasgos de personalidad. Influencia de la edad y el género durante la edad adulta y la vejez. *Boletín de Psicología*, 103, 75–88.
- Buenrostro, A., Valadez, D., Soltero, R., Nava, G., Zambrano, R. y García, A. (2012). Inteligencia emocional y rendimiento académico en adolescentes. *Revista de Educación y Desarrollo*, 20, 29–37.
- Burgos, A. V. y Urquijo, P. M. (2012). Niveles de autoconcepto, autoeficacia académica y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de la ciudad de Temuco. *Salud & Sociedad*, 3(2), 131–150.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- De Helsinki, D. (2000). Enmendada por la 52 Asamblea General en Edimburgo. Escocia, Octubre.
- Díaz, D., Rodríguez, R., Blanco, A., Moreno, B., Gallardo, I., Valle, D., et al. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18(3), 572–577.
- Echevarría, A. y López-Zafra, E. (2011). Pigmalión, ¿sigue vivo? Inteligencia emocional y la percepción del profesor de alumnos de ESO. *Boletín de Psicología*, 102, 7–22.
- Extremera, N., Salguero, J. M. y Fernández-Berrocal, P. (2011). Trait meta-mood and subjective happiness: A 7-week prospective study. *Journal of Happiness Studies*, 12, 509–517.
- Extremera, N. y Fernández-Berrocal, P. (2003). La inteligencia emocional en el contexto educativo: hallazgos científicos de sus efectos en el aula. *Revista de Educación*, 332, 97–116.
- Fernández-Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and reliability of the Spanish modified version of the Trait Meta-Mood Scale. *Psychological Reports*, 94, 751–755.
- Fernández-Berrocal, P., Salovey, P., Vera, A., Extremera, N. y Ramos, N. (2005). Cultural influences on the relation between perceived emotional intelligence and depression. *International Review of Social Psychology*, 18(1), 91–107.
- Ferragut, M. y Fierro, A. (2012). Inteligencia emocional, bienestar personal y rendimiento académico en preadolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 44(3), 95–104.
- Ferrando, M., Prieto, M. D., Almeida, L. S., Ferrándiz, C., Bermejo, R., López-Pina, J. A., et al. (2011). Trait emotional intelligence and academic performance: Controlling for the effects of IQ, personality, and self-concept. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29(2), 150–159.
- Fredrickson, B. L., Grewen, K. M., Algoe, S. B., Firestone, A. M., Arevalo, J. M., Ma, J., et al. (2015). Psychological well-being and the human conserved transcriptional response to adversity. *PLoS One*, 10(3), e0121839.
- Garaigordobil, M., Aliri, J. y Fontaneda, I. (2009). Bienestar psicológico subjetivo: diferencias de sexo, relaciones con dimensiones de personalidad y variables predictoras. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17, 543–560.
- García, F., Gracia, E. y Zeleznova, A. (2013). Validation of the English version of the five-factor self-concept questionnaire. *Psicothema*, 25, 549–555.
- Gómez, L. E., Verdugo, M. Á. y Arias, B. (2010). Calidad de vida individual: avances en su conceptualización y retos emergentes en el ámbito de la discapacidad. *Psicología Conductual*, 18(3), 453.
- Gorostiaga, A., Balluerka, N. y Soroa, G. (2014). Evaluación de la empatía en el ámbito educativo y su relación con la inteligencia emocional. *Revista de Educación*, 364, 12–38.
- Gross, J. J. y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348–362.
- Guerra-Bustamante, J., Guerrero-Barona, E. y León del Barco, B. (2010). Relación entre apego e inteligencia emocional en adolescentes. *Revista Electrónica de Motivación y Emoción*, 13, 34–35.
- Hicks, A. L., Martin, K. A., Ditor, D. S., Latimer, A. E., Craven, C., Bugaresti, J., et al. (2003). Long-term exercise training in persons with spinal cord injury: Effects on strength, arm ergometry performance and psychological well-being. *Spinal cord*, 41(1), 34–43.
- Lacunza, A. B. y de González, N. C. (2011). Las habilidades sociales en niños y adolescentes. Su importancia en la prevención de trastornos psicopatológicos. *Fundamentos en Humanidades*, 12(23), 159–182.
- Martins, A., Ramalho, N. y Morin, E. (2010). A comprehensive meta-analysis of the relationship between emotional intelligence and health. *Personality and Individual Differences*, 49, 554–564.
- Navarro, B., Latorre, J. M. y Ros, L. (2009). Inteligencia emocional autoinformada en la vejez, un estudio comparativo con el TMMS-24. En P. Fernández-Berrocal (Ed.), *Avances en el estudio de la inteligencia emocional* (pp. 331–335). Madrid: Fundación Marcelino Botín.
- OMS. (2001). International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Short version. Ginebra: OMS.
- Palomera, R., Salguero, J. M. y Ruiz-Aranda, D. (2012). La percepción emocional como predictor estable del ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicología Conductual*, 20(1), 43–58.

- Páez, D., Fernández, I., Campos, M., Zubieta, E. y Casullo, M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y Estrés*, 12, 329–341.
- Pena, M. y Repetto, E. (2008). Estado de la investigación en España sobre inteligencia emocional (IE) en el ámbito educativo. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 15, 400–420.
- Ryff, C. D. (2013). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(1), 10–28.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
- Saavedra Guajardo, E. y Villalta Páucar, M. A. (2008). Estudio comparativo en resiliencia con sujetos discapacitados motores. *Revista Investigaciones en Educación*, 8(1), 81–90.
- Salguero, J. M., Palomera, R. y Fernández-Berrocal. (2012). Perceived emotional intelligence as predictor of psychological adjustment in adolescents: A 1-year prospective study. *European Journal of Psychology of Education*, 27, 21–34.
- Salguero, J. M., Fernández-Berrocal, P., Ruíz-Aranda, D., Castillo, R. y Palomera, R. (2011). Inteligencia emocional y ajuste psicossocial en la adolescencia: el papel de la atención emocional. *European Journal of Educational Psychology*, 4, 143–152.
- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S., Turvey, C. y Palfai, T. (1995). Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Mood Scale. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure and health* (pp. 125–154). Washington DC: American Psychological Association.
- Salovey, P. y Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, 9(3), 185–211.
- Schutte, N. S., Malouff, J. M., Simunek, M., Hollander, S. y McKenley, J. (2002). Characteristic emotional intelligence and emotional well-being. *Cognition and Emotion*, 16, 769–785.
- Suriá, R. (2015). Factores asociados al empoderamiento en personas con lesión medular tras un accidente de tráfico. *Gaceta Sanitaria*, 29, 49–54.
- Suriá, R. (2013). Discapacidad y empoderamiento: análisis de esta potencialidad en función de la tipología y etapa en la que se adquiere la discapacidad. *Anuario de Psicología*, 43(3), 297–311.
- Suriá, R., García-Fernández, J. M. y Ortigosa, J. (2015). Perfiles resilientes y su relación con las habilidades sociales en personas con discapacidad motora. *Psicología Conductual*, 23, 35–49.
- Valle, A., Rodríguez, S., Cabanach, R. G., Núñez, J. C. y González-Piñeda, J. A. (2007). *El estudiante eficaz*. Madrid: CCS.